



## **FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD**

**Tiene derecho** a recibir usted mismo la información médica protegida\* en lugar de que se la envíen a la persona que paga su plan de seguro médico. En el estado de Washington, los servicios de atención médica sensibles\*\* deben ser confidenciales; sin embargo, si no ha solicitado que esta información se envíe a una dirección diferente o por otro medio, esta información se enviará en su nombre a la dirección registrada. Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted para abordar la información médica protegida y los servicios de atención médica sensibles:

- En una dirección postal diferente
- Por correo electrónico
- Por teléfono
- A través del portal de la compañía de seguros médicos

Para realizar esta solicitud, complete, firme y envíe este formulario a:

Ambetter from Coordinated Care  
Attn: Customer Service  
1145 Broadway Ste 300  
Tacoma, WA 98402

O bien, llámenos al 1-877-687-1197 (TTY: 1-877-941-9238). También puede utilizar este formulario para cambiar o actualizar su información de contacto confidencial.

**Nota:** Ambetter from Coordinated Care Corporation completará su solicitud dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción.

Su nombre

Su fecha de nacimiento

Su n.º de afiliado (si está disponible)

Indíquenos cómo prefiere que nos comuniquemos con usted. Algunas leyes pueden exigir que ciertas comunicaciones se realicen por escrito, así que proporcione un correo electrónico o una dirección postal para garantizar la confidencialidad. Ambetter from Coordinated Care se comunicará con usted a través de al menos uno de los métodos de comunicación que elija. En las siguientes casillas, clasifique su elección colocando un "1" junto a su primera opción y "2" junto a su segunda opción, si selecciona más de un método de contacto.

- Correo electrónico a esta dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Correspondencia postal de EE. UU. a esta dirección: \_\_\_\_\_
- Mensaje a través del portal de pacientes en línea de la compañía de seguros
- Llamada telefónica al siguiente número: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Envíe a mi proveedor de atención médica autorizado o representante: proporcione el nombre y la información de contacto: \_\_\_\_\_

**¡IMPORTANTE! DEBE completar la siguiente sección:**

Proporcione un número de teléfono o una dirección de correo electrónico para comunicarnos con usted en caso de que tengamos preguntas sobre esta solicitud.

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Dirección de correo electrónico

Fecha

Firma



## **FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD**

**NOTA:** Si cambia de compañía de seguros, deberá realizar esta solicitud a la nueva compañía. Hasta que se procese su solicitud, la compañía de seguro médico puede continuar enviando su seguro médico protegido a la persona que lo paga.

\* La información de salud protegida incluye información de salud de identificación individual que la compañía tiene o envía en cualquier formato. La comunicación confidencial del seguro médico protegido cubierta en virtud de esta solicitud incluye lo siguiente:

- Facturas e intentos de cobrar el pago de los servicios de atención médica de su compañía de seguro médico (sin embargo, esta solicitud no le corresponde a su proveedor de atención médica)
- Aviso de determinación desfavorable de los beneficios
- Aviso de explicación de los beneficios
- Solicitud de información adicional sobre una reclamación
- Aviso de una reclamación impugnada
- Nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios prestados y cualquier otra información sobre las visitas
- Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica que contenga información médica protegida

\*\* Los servicios de atención médica sensibles son servicios de atención médica relacionados con lo siguiente:

- Atención de salud reproductiva
- Enfermedades de transmisión sexual
- Trastorno por consumo de sustancias
- Disforia de género
- Atención que reafirma el género
- Violencia doméstica
- Salud mental

Si tiene preguntas sobre cómo solicitar confidencialidad, llame a Ambetter from Coordinated Care al 1-877-687-1197 (TTY: 1-877-941-9238) o comuníquese con la Oficina del Comisionado de Seguros al 1-800-562-6900.